



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Bellavista, 20 de Julio del 2012



Dra. Carmen Cifuentes G.

Visto el expediente N°005362-2012, Informe N°001-20121-CHC-INR, Informe N°0134-OGC-INR-2012, Informe N°312-2012-DEIDRIFMENT/INR e Informe N°313-2012-DEIDRIFMENT/INR, del Presidente del Comité de Historias Clínicas, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN; respectivamente.



Dr. BEJAR V.

CONSIDERANDO:

Que, con documentos del Visto, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", eleva a la Dirección General los proyectos de Formatos de Historia Clínica; para pacientes de los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social e Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor, que se adicionarán a la Historia Clínica aperturada a través de Admisión de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución;

Que, los citados formatos, han sido revisados por el Comité de Historias Clínicas y la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, en tal sentido, resulta por conveniente proceder a la aprobación de los formatos propuestos y por tanto corresponde emitir la resolución de aprobación correspondiente; para su aplicación en el ámbito de los Departamentos citados en el primer considerando de la presente resolución, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con la Resolución Ministerial N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, que aprueba la NT N°022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Estando a lo propuesto;

Con la visación de la Sub Dirección General, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, el Comité de Historias Clínicas y Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA Y DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL APRENDIZAJE**, que constan de diez (10) y nueve (09) folios; respectivamente, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.





Dra. Carmen Cifuentes G.

Artículo 2º.- Aprobar los **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA Y NOTA DE RE-EVALUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELLECTUALES Y DE ADAPTACIÓN SOCIAL**, que constan de ocho (08) y siete (07) folios; respectivamente, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.



Dr. BEJAR V.

Artículo 3º.- Aprobar el **FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR**, que consta de nueve (09) folios y el Anexo 1, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

Artículo 4º.- Aprobar los **FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN: PARA PACIENTES DE 0-14 AÑOS**, que consta de trece (13) folios; **PARA PACIENTES ADULTOS (> DE 14 AÑOS)**, que consta de once (11) folios y **PARA PACIENTES DE AFASIA**, que consta de nueve (09) folios de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

Artículo 5º.- Disponer que los formatos aprobados, que forman parte de la presente resolución, se adicionen a la Historia Clínica que se apertura en Admisión- Oficina de Estadística e Informática de la Institución, según corresponda.

Artículo 6º.- Notificar la presente resolución a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor y Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación; así mismo al Comité de Historias Clínicas; para conocimiento y aplicación en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,




Dr. FERNANDO URCLA FERNANDEZ
Director General
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
CMP N° 16500 RNE N° 0017

FAUF/ec.

R.D.125-2012

DEIDRIFMENTALES

Unidades orgánicas asistenciales

Oficina de Gestión de la Calidad

Comité de Historias Clínicas

Responsable de la Página Web INR



FECHA Y HORA	MEDICO	HC
FILIAACION		
NOMBRE	EDAD	SEXO: M F
DIRECCION	TELEFONO	
PROCEDENCIA	REMITIENTE	

ANAMNESIS

Nombre del Informante Confiabilidad:.....

Marcar con un visto (✓) lo que corresponda o este presente.

ENFERMEDAD ACTUAL: 1-MOTIVO DE CONSULTA: Para certificación: ()

Para Tratamiento: Por pase de otro Dpto: () Atención conjunta Dpto:.....() Iniciativa Propia () Enviado por: Medico ()

Profesor/a () Otro Para Evaluación: Segunda opinión () Interconsulta ()

Orden Judicial ()

2-TIEMPO DE ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD: No precisable ()

3- SIGNOS Y SINTOMAS No se sienta() Retraso del desarrollo() No habla () No habla bien () No entiende () Camina mal()

Problemas de conducta() Dificultades en la Lectura() Dificultades en la Escritura() Lento Aprendizaje ()

Otro:.....

4. Relato.....

5-Funciones Biológicas: 1(Adecuado) 2(disminuido) 3(aumentado)

Apetito: () Sed: () Orina: () Deposición () Sueño () Menarquia:.....años. Fecha última regla:

ANTECEDENTES.

FACTORES DE RIESGO

FACTOR PRENATAL: G....PG..... 1. No deseado 2. Aborto previo. 3 Maniobra abortiva 4. CPN.....veces

4. Cromosomopatía. 5. Otro

FACTOR MATERNO: 6. Edad 7. Diabetes 8. Enfermedad Hipertensiva 9. Hipotiroidismo 10. Hipertiroidismo.

11. Infección Urinaria 12. Sífilis 13. Toxoplasmosis/Rubéola/Citomegalovirus/Herpes 14. Tuberculosis 15. SIDA

16. Cardiopatía. 17. Convulsión 18. Desnutrición. 19. Hiperémesis Gravidica 20. Droga 21. Irradiación. 22.

Alcohol 23. Tabaco 24. Amenaza Aborto 25. Amenaza de Parto Prematuro 26. Otro

FACTOR FETAL : 27. Retardo Crecimiento Intrauterino 28. Embarazo Múltiple 29. Otro Sin información

PERINATALES: 30. Sufrimiento Fetal Agudo 31. Cesárea **FACTOR PARTO:** 32. Distocia 33. Traumática

FACTOR RECIEN NACIDO: 34.Prematuro 35. Bajo peso 35.a. Peso>4 kg. 36. Asfixia 37. Hipoglicemia 38.

Hiperbilirrubinemia 46. Convulsión 47. Coma 48. Anemia 49. Hipocalcemia 51. Neumonía 53. Infección

urinaria 54. Policitemia 55. Otro Sin Información

POSTNATALES: 56. Infección 57. Tóxicos 58. Traumatismo 59. Metabólico 60. Tumor 61.

Malnutrición 62. Convulsión 63. Deprivación 64. Asfixia 65. Otro S/Información

DEPTO DE DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACION SOCIAL HISTORIA CLINICA
SECUENCIA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

SITUACION AMBIENTAL INICIAL : 1. Con estímulo 2. Sin estímulo 3. Tratamiento previo de Rehabilitación

	EDAD DEL LOGRO	OBSERVACIONES
AREA POSTURAL		
Control cefálico		
Rotaciones		
Control de tronco		
Gateo		
Bipedestación		
Marcha		
COORDINACION VISOMOTORA		
Prensión voluntaria		
Patrón mano-boca		
LENGUAJE		
Comprende su nombre		
Comprende órdenes		
Vocalización		
Primeras palabras		
Hace relatos		
SOCIAL		
Sonrisa social		
Respuesta diferenciada a gestos		
Control de esfínteres		
Reconoce peligros		
PSICOSEXUAL		
Reconoce su sexo		
Identificación con su sexo		

Interacción con sexo opuesto Enamoramiento Relación de pareja Relaciones sexuales Gestación

JUEGO :	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1. Arroja y disfruta con el sonido <input type="checkbox"/> 2. Fantasía <input type="checkbox"/> 3. Juego social <input type="checkbox"/> 4. Juego preferente <input type="checkbox"/>
5. Participativo <input type="checkbox"/>	
Sin información <input type="checkbox"/>	

CONDUCTA	
1. Indiferencia <input type="checkbox"/> 2. Negativismo <input type="checkbox"/> 3. Hipoactividad <input type="checkbox"/> 4. Hiperactividad <input type="checkbox"/> 5. Impulsivo <input type="checkbox"/> 6. Manía <input type="checkbox"/> 7. Agresividad <input type="checkbox"/>	
8. Conducta Solitaria <input type="checkbox"/> 9. Obsesión <input type="checkbox"/> 10. Inestabilidad <input type="checkbox"/> 11. Fobias <input type="checkbox"/> 12. Signos de aislamiento <input type="checkbox"/> 13. Conducta temerosa <input type="checkbox"/>	
20. Otra <input type="checkbox"/>	
Sin información <input type="checkbox"/>	



Dr. Fernando Urcia F

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Marcar con un visto (V) lo que realiza y con (X) lo que le corresponde realizar y no lo hace y con un guión lo que no corresponde

Alimentación: 1. Lactancia 2. Líquidos 3. Semisólidos 4. Sólidos 5. Masticac. 6. Uso de cuchara 7. Tenedor
9. Cuchillo 10. Uso de taza 11. Se sirve alimentos 12. Se prepara alimentos 13. Dependiente

Sin información

Vestido: 1. Participa 2. Se desviste 3. Se viste 4. Uso de botones 5. Uso de cierres 6. Uso de pasadores 7. Dependiente

Sin información

Higiene: (registrar el logro por si solo) 1. Lava manos 2. Se seca 3. Se lava la cara 4. Cepillarse los dientes 5. Peinarse 6. Se baña solo 7. Higiene post -excreción 8. Higiene post-menstrual 9. Dependiente

Sin información

ACICALAMIENTO 1. Se mantiene limpio 2. Elige su ropa 3. Prolijo al vestir 4. Cuidado del cabello 5. Cuidado de las uñas 6. Se rasura 7. Se maquilla 8. Dependiente

Sin información

ACTIVIDADES DOMESTICAS Y COTIDIANAS

1. Coopera en las tareas domésticas 2. Cumple tareas establecidas 3. Hace limpieza 4. Cocina 5. Lava 6. Plancha
7. Ejecuta mandados fuera de la casa 8. Realiza compras 9. Uso del dinero 10. Uso de transporte público
11. Desplazamiento libre en la comunidad 12. Asiste a reuniones sociales 13. Atiende y/o cuida a otras personas

Sin información

ANTECEDENTES PEDAGOGICOS

1. No por edad 2. Pre-escolaridad Edad de inicio: _____ Adaptación: Buena () Mala () Regular () Cumplió metas: SI () NO ()
Inicial/ PRITE/PRONOEI 3. Escolaridad Básica Regular () Inclusiva () Especial ()
Edad de inicio: _____ Adaptación: Buena () Mala () Regular () Cumplió metas: SI () NO () Ha repetido: SI () NO () Nº de veces () Grado: _____ Grado de instrucción actual: _____
4. Pre-talleres Edad de inicio: _____ Adaptación: Buena () Mala () Regular () Cumplió metas: SI () NO ()
5. Talleres: _____ Edad de inicio: _____ Adaptación: Buena () Mala () Regular () Cumplió metas: SI () NO ()

Sin información

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

DPTO DE DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACION SOCIAL HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS: NO SI _____

Vacunas Completas SI NO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Convulsiones: con fiebre: SI () NO () Edad _____ Sin fiebre: SI () NO () Edad _____

Infecciones virales: _____ SI () NO () Edad _____ Infecciones bacterianas: _____ SI () NO () Edad _____

Alergias: NO SI _____

Otros: _____

Medicación Habitual: NO SI: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sociales: 1. Consanguinidad 2. Familia no nuclear 3. Conflicto 4. Analfabetismo 5. Deprivación económica

6. Negativismo 7. Indiferencia 8. Tolerancia 9. Recompensa 10. Deprivación de estímulos 11. Castigo

12. Rechazo 13. Sobreprotección 14. Sobreexigencia 15. Encargatura 16. Maltrato 17. Otro

Patológicos: 1. Malformaciones Congénitas 2. Trastornos del Lenguaje o Aprendizaje 3. Convulsiones

4. Retardo Mental 5. Sordera 6. Ceguera 7. Enfermedad Mental

Sin información

COMPOSICION FAMILIAR



Sin información

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Sin información

ANTECEDENTES OCUPACIONALES:

No corresponde: Nunca ha trabajado: Trabaja: NO SI _____

Sin información

AMPLIACION DE ANAMNESIS



EXAMEN CLINICO:

Marcar o Anotar NC cuando no hay colaboración del paciente para la evaluación.

Dr. Fernando Escobar F

CONTROLES VITALES: 1. Talla: 2. Peso: Frecuencia Cardíaca: Frecuencia Respiratoria:
 Presión Arterial.: No corresponde Frecuencia del Pulso:

Estadio Inicial: 1 2 3 4 5 Otro
 En mayores consignar: 1. Nivel de Atención 2. Percepción 3. No cooperación 4. Presencia de otra conducta 5. Otro

GENERAL : 1 Estado general () 2. Estado de Conciencia () 3. Nutrición () 4.
 Estigmas genéticos 5. Organos fonoarticulares 6. De cabeza y cuello 7. Cardiovascular 8. Respiratorio 9. Digestivo
 10. Genito-urinario 11. Endocrino 12. Piel-faneras 13. Otro 14. Sin alteraciones

APARATO LOCOMOTOR: ALTERACIONES ESTRUCTURALES, MECANICAS Y FUNCIONALES
Columna: 1. Defecto estructural: 2. Defecto postural 3. Cuello 4. Tórax 5. Pelvis 6. Art. Coxofemoral
Miembros Superiores: 7. Defectos de longitud 8. Limitación articular 9. Malformación congénita 10. Amputado
Miembros Inferiores: 11. Defectos de longitud 12. De torsión 13. De alineamiento 14. Amputación 15. Alteración
 articular 16. Alteraciones del pie 17. Malformaciones congénitas 18. Otro Sin alteración

Neurológico: Alteraciones estructurales y funcionales:
 1. Craneo: Perimetro Cefálico 2. Deformidad 3. Fontanelas 4. Suturas 5. Sensorial 6. Plexos 7. Medular
 8. Nervios periféricos 9. Tono: 10. Fuerza muscular 11. Trofismo Movimiento: 12. Movimientos involuntarios
 13. Sincinesias 14. Parálisis 15. Paresias 16. ROT 17. ARP: 18. Reflejos patológicos 19. Disdiacocinesia

 20. Coordinación 21. Lateralidad 22. Otros
 Sin Alteración

Control Postural: 1. C. Cefálico 2. C. Tronco 3. Rotaciones 4. Bipedestación 5. De acuerdo a su edad SI NO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

DPTO DE DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACION SOCIAL HISTORIA CLINICA

Marcha : 1. Intencionalidad 2. Coordinación 3. Equilibrio 4. Patrón 5. Ayudas 6. Otro tipo de desplazamiento
7. De acuerdo a su edad: SI NO

Coordinación visomotora: 1. Fijación 2. Seguimiento 3. Iniciativa ideomotriz 4. Aproximación 5. Prensión
6. Cruza la línea media 7. Intercambio 8. Manipulación 9s. Otra 10. De acuerdo a su edad SI No

Coordinación Motora Gruesa:

1. Salto 2. Carrera 3. Uso Gradas 4. Lanzamiento 5. Recepción 6. Otros 7. De acuerdo a su edad SI NO

Lenguaje y comunicación:

1. Secuencia del desarrollo Expresivo 2. Articulación 3. Estructuración 4. Comprensivo: Entiende: 1() 2() 3() órdenes
5. Otra comunicación
Audición: 6. Reacción al sonido 7. Seguimiento auditivo 8. Otra 9. De acuerdo a su edad SI NO

Personal Social:

1. Deficiencia de la integración al medio ambiente 2. De acuerdo a su edad SI NO

LECTOESCRITURA:



FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

A. Deficiencia de la Atención:

1. Focal 2. En sostener 3. Alternar

Sin Alteración

B. Deficiencia de la Percepción: En el reconocimiento: 1. De colores 2. De figuras 3. Esquema corporal
 En la interpretación de sensaciones : Alucinaciones 5. Deficiencia en la percepción visual 6. Deficiencia de la percepción auditiva 7. Deficiencia de las relaciones temporoespaciales

Sin Alteración

C. Memoria: 1. Deficiencia en la memoria inmediata 2. Mediata Remota: 3. De procedimientos 4. de conocimientos
 5. De Eventos

Sin Alteración

D. Orientación: 1. En persona 2. En espacio 3. Tiempo

Sin Alteración

E. Nivel de pensamiento: 1. Nivel de pensamiento no measurable 2. Pensamiento concreto elemental 3. Pensamiento concreto funcional 4. Pensamiento Abstracto elemental 5. Constancia del pensamiento Sin Colaboración

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL

DPTO DE DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACION SOCIAL HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO
DEFICIENCIA PRINCIPAL O DAÑO Presuntivo Definitivo
 1.-Retardo Mental Leve(F70) Moderado (F71) Grave(F72) Profundo(F73) De grado a determinar (F79)
 2.-Sospecha de R.M. (Z03.2) 3.-Riesgo para R.M (Z91) 4.-Otro
DIAGNOSTICO SECUNDARIO: _____
DIAGNOSTICO ETIOLOGICO: Multifactorial (Z91.8) Perinatal (P03) Cromosómico: Síndrome Down (Q90)
 Otro: _____

CODIGO DE LAS DEFICIENCIAS ASOCIADAS	ORDEN	CODIGO DE DISCAPACIDADES	GRAVEDAD
	1º		
	2º		
	3º		

DISCAPACIDADES: Realizar el registro de acuerdo a la prioridad y grado de compromiso en el desempeño funcional del paciente y que no sea característica del diagnóstico de daño.

APRECIACION DEL CASO:

Pronóstico: Bueno Regular Reservado

Meta: Apoyo a la INCLUSION ESCOLAR Apoyo a la INCLUSION LABORAL Otra: _____

PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO:

ESTUDIO SOCIAL ESTUDIO PSICOLOGICO INTERCONSULTA: NO A: _____

Tratamiento farmacológico: No

Si: Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia de Administración: _____ Vía de Administración _____

PROGRAMA TERAPEUTICO

1.-Escolaridad: Inclusiva () Especial ()

2.-TERAPIAS	Evaluación	Sesiones	TERAPIAS	Evaluación	Sesiones
Terapia Integral			Pretalleres		
Terapia Física			Programa de Grafomotricidad		
Terapia Ocupacional			Programa de Habilidades Sociales		
Terapia de lenguaje			Programa de Autoestima		
Terapia Psicopedagógica			Test Vocacional.		
Terapia de Modificación de conducta			Arbol de posibilidades ocupacionales		
Terapia de Psicomotricidad			Psicometria		

3.Medidas higiénico dietéticas: Sobre nutrición () lavado de manos () Actividad Física ()Otra: _____

4.Medidas Preventivas: _____

EXAMENES AUXILIARES:

Rayos X	Especificar:
Audiometria	
Potenciales Evocados	Auditivos Visuales
Exámenes Especializados	Especificar:
Laboratorio	Sangre: Orina: Heces: Otro:
Ayudas biomecánicas:	

Próximo Control en: _____

Firma y sello del médico tratante



Dr. Fernando Urrutia

NOTA DE REEVALUACION

Fecha y hora: _____ Nombre del Informante: _____

1.- **MOTIVO DE CONSULTA DE REEVALUACION:** Para certificación: () Para reiniciar programa de rehabilitación ()

2.- Tiempo de ausencia: _____ 3: Motivo de ausencia: _____

4 Intercurrencias: _____

5: Medicación Habitual: No () Si: _____

6.-Asiste a Educación: Inclusiva () Grado: ___ Especial () Grado ___ Básica Regular () Grado _____ No asiste ()

7.-Funciones Biológicas: 1(Adecuado) 2(disminuido) 3 (aumentado)

Apetito: () Sed: () Orina: () Deposición () Sueño () Menarquia:.....años. Fecha última regla:

Actividades de la Vida Diaria : SI (V) NO (X) (si le corresponde hacerlo y no lo hace) (-) Si no corresponde

Alimentación: Independiente () Lactancia () Líquidos() Semisólidos() Masticación () Uso de cuchara () Tenedor ()

Cuchillo () Usa taza () Se sirve alimentos () Prepara alimentos () _____

Vestido: Independiente () Participa () Se desviste () Se Viste () Abotona () Usa cierres () Usa pasadores ()

Higiene: Independiente () Lava manos () Se seca () Se lava la cara () cepillarse los dientes() Peinarse() Higiene post-excreción () Higiene post menstrual () se baña solo() _____

Acicalamiento: Independiente () Se mantiene limpio () elige su ropa () Prolijo al vestir() Cuidado del cabello() Cuidado de las uñas() se rasura() se maquilla() _____

Actividades domésticas y cotidianas: Independiente () Coopera en las tareas domésticas() Cumple tareas establecidas() Hace limpieza() Cocina() Lava() Plancha () ejecuta mandados fuera de casa() Realiza compras() Uso del dinero() Uso de transporte publico() Desplazamiento libre en la comunidad() Asiste a reuniones sociales() Atiende y/o cuida a otras personas()

Juego: SI 1. Arroja y disfruta con el sonido 2. Fantasía 3. Juego social 4. Juego preferente 5. Participativo

Conducta: 1. Indiferencia 2. Negativismo 3. Hipoactividad 4. Hiperactividad 5. Impulsivo 6. Manía 7. Agresividad 8. Conducta Solitaria 9. Obsesión 10. Inestabilidad 11. Fobias 12. Signos de aislamiento 13. Conducta temerosa 20. Otra _____

Ambiente familiar:

Familia no nuclear . Conflicto . Analfabetismo . Deprivación económica Tolerancia . Recompensa . Deprivación de estímulos . Castigo Rechazo . Sobreprotección . Sobreexigencia . Encargatura . Maltrato . Otro

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Otros familiares: _____

Dinámica familiar: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL

EXAMEN CLINICO:

Marcar o Anotar NC cuando no hay colaboración del paciente para la evaluación.

CONTROLES VITALES: 1. Talla: 2. Peso: Frecuencia Cardíaca : Frecuencia Respiratoria: Presión Arterial: No corresponde <input type="checkbox"/> Frecuencia del Pulso:
Estadio Inicial: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> En mayores consignar: 1. Nivel de Atención <input type="checkbox"/> 2. Percepción <input type="checkbox"/> 3. No cooperación <input type="checkbox"/> 4. Presencia de otra conducta <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/>
GENERAL : 1 Estado general () 2. Estado de Conciencia () 3. Nutrición () <input type="checkbox"/> 4. Estigmas genéticos <input type="checkbox"/> 5. Organos fonoarticulares <input type="checkbox"/> 6. De cabeza y cuello <input type="checkbox"/> 7. Cardiovascular <input type="checkbox"/> 8. Respiratorio <input type="checkbox"/> 9. Digestivo <input type="checkbox"/> 10. Genito-urinario <input type="checkbox"/> 11. Endocrino <input type="checkbox"/> 12. Piel-faneras <input type="checkbox"/> 13. Otro <input type="checkbox"/> 14. Sin alteraciones <input type="checkbox"/>
APARATO LOCOMOTOR: ALTERACIONES ESTRUCTURALES, MECANICAS Y FUNCIONALES Columna: 1. Defecto estructural: <input type="checkbox"/> 2. Defecto postural <input type="checkbox"/> 3. Cuello <input type="checkbox"/> 4. Tórax <input type="checkbox"/> 5. Pelvis <input type="checkbox"/> 6. Art. Coxofemoral <input type="checkbox"/> Miembros Superiores: 7. Defectos de longitud <input type="checkbox"/> 8. Limitación articular <input type="checkbox"/> 9. Malformación congénita <input type="checkbox"/> 10. Amputado <input type="checkbox"/> Miembros Inferiores: 11. Defectos de longitud <input type="checkbox"/> 12. De torsión <input type="checkbox"/> 13. De alineamiento <input type="checkbox"/> 14. Amputación <input type="checkbox"/> 15. Alteración articular <input type="checkbox"/> 16. Alteraciones del pie <input type="checkbox"/> 17. Malformaciones congénitas <input type="checkbox"/> 18. Otro <input type="checkbox"/>
Sin alteración <input type="checkbox"/>
Neurológico: Alteraciones estructurales y funcionales: 1. Craneo: Perímetro Cefálico: <input type="text"/> 2. Deformidad <input type="checkbox"/> 3. Fontanelas <input type="checkbox"/> 4. Suturas <input type="checkbox"/> 5. Sensorial <input type="checkbox"/> 6. Plexos <input type="checkbox"/> 7. Medular <input type="checkbox"/> 8. Nervios periféricos <input type="checkbox"/> 9. Tono: <input type="checkbox"/> 10. Fuerza muscular <input type="checkbox"/> 11. Trofismo <input type="checkbox"/> Movimiento: 12. Movimientos involuntarios <input type="checkbox"/> 13. Sincinesias <input type="checkbox"/> 14. Parálisis <input type="checkbox"/> 15. Paresias <input type="checkbox"/> 16. ROT <input type="checkbox"/> 17. ARP: <input type="checkbox"/> 18. Reflejos patológicos <input type="checkbox"/> 19. Disdiacocinesia <input type="checkbox"/> 20. Coordinación <input type="checkbox"/> 21. Lateralidad <input type="checkbox"/> 22. Otros <input type="checkbox"/>
Sin Alteración <input type="checkbox"/>
Control Postural: 1. C. Cefálico <input type="checkbox"/> 2. C. Tronco <input type="checkbox"/> 3. Rotaciones <input type="checkbox"/> 4. Bipedestación <input type="checkbox"/> 5. De acuerdo a su edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Marcha : 1. Intencionalidad <input type="checkbox"/> 2. Coordinación <input type="checkbox"/> 3. Equilibrio <input type="checkbox"/> 4. Patrón <input type="checkbox"/> 5. Ayudas <input type="checkbox"/> 6. Otro tipo de desplazamiento <input type="checkbox"/> 7. De acuerdo a su edad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



Dr. Fernando Urcin F

Coordinación visomotora: 1. Fijación 2. Seguimiento 3. Iniciativa ideomotriz 4. Aproximación 5. Presión
 6. Cruza la línea media 7. Intercambio 8. Manipulación 9s. Otra 10. De acuerdo a su edad SI No

Coordinación Motora Gruesa:

1. Salto 2. Carrera 3. Uso Gradas 4. Lanzamiento 5. Recepción 6. Otros 7. De acuerdo a su edad SI NO

Lenguaje y comunicación:

1. Secuencia del desarrollo Expresivo 2. Articulación 3. Estructuración 4. Comprensivo: Entiende: 1() 2() 3() órdenes
 5. Otra comunicación
 Audición: 6. Reacción al sonido 7. Seguimiento auditivo 8. Otra 9. De acuerdo a su edad SI NO

Personal Social:

1. Deficiencia de la integración al medio ambiente 2. De acuerdo a su edad SI NO

LECTOESCRITURA:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL

FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

A. Deficiencia de la Atención:
1. Focal 2. En sostener 3. Alternar

Sin Alteración

B. Deficiencia de la Percepción: En el reconocimiento: 1. De colores 2. De figuras 3. Esquema corporal
En la interpretación de sensaciones : Alucinaciones 5. Deficiencia en la percepción visual 6. Deficiencia de la percepción
auditiva 7. Deficiencia de las relaciones temporoespaciales

Sin Alteración

C. Memoria: 1. Deficiencia en la memoria inmediata 2. Mediata Remota: 3. De procedimientos 4. de conocimientos
5. De Eventos

Sin Alteración

D. Orientación: 1. En persona 2. En espacio 3. Tiempo

Sin Alteración

E. Nivel de pensamiento: 1. Nivel de pensamiento no mesurable 2. Pensamiento concreto elemental 3. Pensamiento
concreto funcional 4. Pensamiento Abstracto elemental 5. Constancia del pensamiento Sin Colaboración



Dr. Fernando Urcia F

DIAGNÓSTICO

DEFICIENCIA PRINCIPAL O DAÑO Presuntivo Definitivo

1.-Retardo Mental Leve(F70) Moderado (F71) Grave(F72) Profundo(F73) De grado a determinar (F79)

2.-Sospecha de R.M. (Z03.2) 3.-Riesgo para R.M (Z91) 4.-Otro

DIAGNOSTICO SECUNDARIO: _____

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO: Multifactorial (Z91.8) Perinatal (P03) Cromosómico: Síndrome Down (Q90)

Otro: _____

CODIGO DE LAS DEFICIENCIAS ASOCIADAS	ORDEN	CODIGO DE DISCAPACIDADES	GRAVEDAD
	1°		
	2°		
	3°		

DISCAPACIDADES: Realizar el registro de acuerdo a la prioridad y grado de compromiso en el desempeño funcional del paciente y que no sea característica del diagnóstico de daño.

APRECIACION DEL CASO:

Pronóstico: Bueno Regular Reservado

Meta: Apoyo a la INCLUSION ESCOLAR Apoyo a la INCLUSION LABORAL Otra: _____

PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO:

ESTUDIO SOCIAL ESTUDIO PSICOLOGICO INTERCONSULTA: NO A: _____

Tratamiento farmacológico: No

Si: Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia de Administración: _____ Vía de Administración _____

PROGRAMA TERAPEUTICO

1.-Escolaridad: Inclusiva () Especial ()

2.-TERRAPIAS	Evaluación	Sesiones	TERRAPIAS	Evaluación	Sesiones
Terapia Integral			Pretalleres		
Terapia Fisica			Programa de Grafomotricidad		
Terapia Ocupacional			Programa de Habilidades Sociales		
Terapia de lenguaje			Programa de Autoestima		
Terapia Psicopedagógica			Test Vocacional.		
Terapia de Modificación de conducta			Arbol de posibilidades ocupacionales		
Terapia de Psicomotricidad			Psicometria		

3. Medidas higiénico dietéticas: Sobre nutrición () lavado de manos () Actividad Fisica () Otra: _____

4. Medidas Preventivas: _____

EXAMENES AUXILIARES:

Rayos X	Especificar:			
Audiometria				
Potenciales Evocados	Auditivos	Visuales		
Exámenes Especializados	Especificar:			
Laboratorio	Sangre:	Orina :	Heces:	Otro:
Ayudas biomecánicas:				

Próximo Control: _____

Firma y sello del médico tratante

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° H CL

NOTA DE EVOLUCION

La nota de evolución debe contener: Fecha, hora y nombre del Informante. Nombres, apellidos y número de historia clínica en las páginas impares

1.- **(S)** Motivo de consulta y sintomatología que presenta. 2.- **(O)** Examen clínico preferencial

3.- **(A)** Análisis de informes de terapias y evaluaciones, resultados de interconsultas, radiografías, Apreciación del caso. 4.- Consignar el diagnóstico en código CIE 10 si es el mismo que consta en la primera cita, caso contrario debe ir con denominación y código CIE.

5.- **(P)** Plan terapéutico en siglas: Terapia Integral (T.I.) Terapia Física (T.F.) Terapia Ocupacional (T.O.) Terapia de lenguaje (T.L.) Terapia Psicopedagógica (T. Psicop) Terapia de Modificación de Conducta (TMC) Terapia de Psicomotricidad (Psicomot) Programa de Pretalleres (P.T.) Programa de Habilidades Sociales (HHSS), Programa de Autoestima (Autoest). Programa de Grafomotricidad (Grafo) Programa de Programa de Deportes (Dep), Test Vocacional (T.Voc) Arbol de Posibilidades Ocupacionales (APO) Psicometría (T.Psic.) Medidas higiénicodietéticas (MHD), Medidas Preventivas (Pautas).

Programa de apoyo a la inclusión escolar (I.E.) Programa de apoyo a la inclusión laboral (I.L.) Programa de Calidad de Vida (CdV) Programa de Provincias (Prov.)

Escolaridad Inclusiva (E.I) Escolaridad Especial (E.E.) Interconsultas (I.C.)

Exámenes auxiliares en siglas: Laboratorio (Lab) Radiografías (Rx) Columna Dorsal (CD) Columna Dorso lumbar (CDL) Columna lumbo sacra (CLS) .

Ayudas biomecánicas: Silla de Ruedas (SR) Ortesis tobillo pie (OTP), Ortesis Tobillo pie rodilla(OTPR) Calzado ortopédico(C.O.)

Soporte de arco longitudinal (SAL) Cuña medial (C.M.) Cuña lateral (C.L.) Botón metatarsiano (B.M.) Taco Thomas (T.T.) .

6.- Próximo control. 7.- Firma y sello del médico tratante.

Nota: Para corregir se debe tachar y reescribir con color rojo. Escribir con letra legible.

Fecha y hora: _____ Nombre del Informante _____



NOTA DE EVOLUCION

La nota de evolución debe contener: Fecha, hora y nombre del Informante. Nombres, apellidos y número de historia clínica. **Dr. Fernando Urcía F.**
 páginas impares

- 1.- **(S)** Motivo de consulta y sintomatología que presenta. 2.- **(O)** Examen clínico preferencial
- 3.- **(A)** Análisis de informes de terapias y evaluaciones, resultados de interconsultas, radiografías, Apreciación del caso. 4.- Consignar el diagnóstico en código CIE 10 si es el mismo que consta en la primera cita, caso contrario debe ir con denominación y código CIE.
- 5.- **(P)** Plan terapéutico en siglas: Terapia Integral (T.I.) Terapia Física (T.F.) Terapia Ocupacional (T.O.) Terapia de lenguaje (T.L.) Terapia Psicopedagógica (T. Psicop) Terapia de Modificación de Conducta (TMC) Terapia de Psicomotricidad (Psicomot) Programa de Pretalleres (P.T.) Programa de Habilidades Sociales (HHSS), Programa de Autoestima (Autoest). Programa de Grafomotricidad (Grafo) Programa de Programa de Deportes (Dep), Test Vocacional (T.Voc) Arbol de Posibilidades Ocupacionales (APO) Psicometría (T.Psic.) Medidas higiénicodietéticas (MHD), Medidas Preventivas (Pautas).
 Programa de apoyo a la inclusión escolar (I.E.) Programa de apoyo a la inclusión laboral (I.L.) Programa de Calidad de Vida (CdV) Programa de Provincias (Prov.)
 Escolaridad Inclusiva (E.I) Escolaridad Especial (E.E.) Interconsultas (I.C.)
 Exámenes auxiliares en siglas: Laboratorio (Lab) Radiografías (Rx) Columna Dorsal (CD) Columna Dorso lumbar (CDL) Columna lumbo sacra (CLS) .
 Ayudas biomecánicas: Silla de Ruedas (SR) Ortesis tobillo pie (OTP), Ortesis Tobillo pie rodilla(OTPR) Calzado ortopédico(C.O.) Soporte de arco longitudinal (SAL) Cuña medial (C.M.) Cuña lateral (C.L.) Botón metatarsiano (B.M.) Taco Thomas (T.T.) .
- 6.- Próximo control. 7.- Firma y sello del médico tratante.

Nota: Para corregir se debe tachar y reescribir con color rojo. Escribir con letra legible.

Fecha y hora:

Nombre del Informante.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº H CL